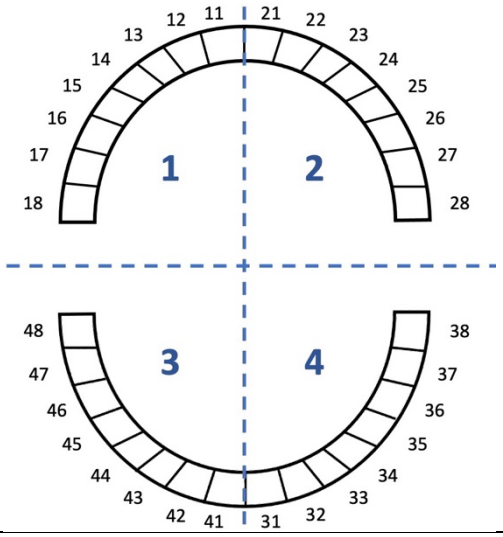
CHAPITRE 16 : BOUCHE

<table>
<tr><td rowspan="3">ANATOMIE</td><td>Lèvres</td><td>- Il existe <u>3 portions</u> :
• Externe ou lèvre blanche : épithélium malpighien pavimenteux stratifié, kératinisé, surmontant un derme associé à des annexes pilo-sébacées et des glandes sudorales.
• Intermédiaire ou lèvre rouge sèche ou vermillon : épithélium malpighien transitionnel, pavimenteux, stratifié, orthokératosique associé aux grains de Fordyce (glandes sébacées).
• Interne ou lèvre rouge humide : épithélium malpighien pavimenteux, stratifié, non kératosique, surmontant un chorion avec des glandes salivaires accessoires.
- Les commissures labiales font la jonction entre lèvre supérieure et lèvre inférieure. Le philtrum se trouve au niveau de la lèvre blanche supérieure.</td></tr>
<tr><td>Cavité buccale</td><td>- Elle s’ouvre en avant avec l’orifice buccal et se termine à l’arrière par l’oropharynx.
- Il y est observé : palais dur, palais mou, pilier antérieur, luette, amygdale, oropharynx.</td></tr>
<tr><td>Dents</td><td>- Un adulte a 32 dents. La numérotation comprend 2 chiffres : le premier pour le cadran (secteur dentaire) et le second au type de dent.
- Pour retenir la numérotation des cadrans : retenir cadran 1 supérieur droit, puis compter dans le sens des aiguilles d’une montre cadran 2, 3, 4 ; puis les dents de 1 à 8 d’avant en arrière (schéma).
 
</td></tr>
<tr><td rowspan="3">ENTRETIEN</td><td>Généralités</td><td>L’entretien a pour objectifs de préciser les signes fonctionnels (douleurs dentaires ou stomatodynie) et des signes systémiques (amaigrissement (Sdd 17) fièvre (Sdd 44) :
- Date et type des derniers soins dentaires (détartrage, soins de caries, abcès, implant…)
- Présence d’un amalgame.
- Présence de prothèse dentaire.
- Habitudes hygiéno-diététiques (glucides, alcool, tabac, brossage des dents…)</td></tr>
<tr><td>Douleur</td><td>- Il faut préciser plusieurs caractéristiques de la douleur : topographie, intensité, irradiations, facteurs déclenchants, prise d’antalgiques (palier 1, AINS). (Sdd 35 et 144)
- En dehors du traumatisme facial et d’une cause locale évident, il faut distinguer :
• Douleur à la mastication (claudication de mâchoire au cours d’une artérite à cellules géantes : maladie de Horton).
• Douleurs dentaires (abcès dentaire : à chercher devant toute fièvre inexpliquée) (Sdd 44).
• Gingivodynies (douleurs de gencive).
• Glossodynies (douleur linguales), stomatodynies (douleur de cavité buccale) : sensation douloureuse de paresthésie, brûlure, gêne, sans lésion organique identifiée. Terme anglais : « Burning mouth syndrome ».
- À distinguer des odynophagies (douleur de gorge, Sdd 52).</td></tr>
<tr><td>Xérostomie</td><td>= Sensation de sécheresse buccale.
- Sensation relativement fréquente, notamment chez la personne âgée.
- Il faut caractériser le syndrome sec buccal par l’entretien (besoin d’hydrater la bouche, bouche pâteuse, sensation de manque de salive, consommation de pastilles à sucer…) et par l’estimation du flux salivaire.
<u>Flux salivaire</u> : dans un verre gradué, mesurer la quantité de salive produite en 15 minutes (pathologique si < 1,5 mL)
- L’hyposialie peut être d’origine iatrogène (psychotropes, bêtabloquant…)</td></tr>
</table>

	Halitose	= Haleine malodorante. - Causes : mauvaise hygiène bucco-dentaire, gingivite, infection amygdalienne ou bronchectasie. - Certaines odeurs sont caractéristiques : • Odeur **douceâtre** (terre argileuse ou f**oetor hepaticus** = foetor hépatique) et **encéphalopathie** hépatique. • Odeur **sucrée d'acétone** (pomme reinette) en cas de **cétose**. • Odeur de **poisson** en cas d'**insuffisance rénale** (Sdd 199).
	Limitation de l'ouverture buccale	- La limitation de l'ouverture buccale (Sdd 150) peut être causée par : • Une origine **mécanique** par trouble de l'articulation temporo-mandibulaire (exemple : traumatique). • Une origine **musculaire** (trismus : contraction constante et involontaire des muscles de la mâchoire ptérygoïdiens et masséter). • Une origine **cutanée** (sclérose). - L'examen clinique doit comprendre une **mesure de l'ouverture buccale** : espace entre les 2 arcades dentaires à l'ouverture (Limitation retenue si **< 40 mm**).
INSPECTION ET PALPATION	L'examen comprend successivement un début bouche fermé, une ouverture de bouche, puis la palpation des structures endobuccales de l'avant vers l'arrière.	
	Inspection	**- <u>Examen cervico-facial</u>** : aspect et symétrie du visage, revêtement cutané, coloration des lèvres (cyanose), présence d'une chéilite (inflammation des lèvres), d'une perlèche (inflammation des commissures labiales) ou d'une ulcération labiale, phanères (barbes et cils). **- <u>Examen endobuccal</u>** : • <u>Matériel</u> : gants ou doigtier non stérile à usage unique, abaisse-langue, lampe d'examen. • Demander au patient de : **montrer ses dents et gencives, d'ouvrir sa bouche au maximum.** Attention au réflexe nauséeux lors de l'examen postérieur de la cavité buccale. Si prothèse dentaire : faire l'examen avant et après retrait de l'appareil. Penser à examiner la prothèse (aspérités qui peuvent blesser) - **<u>Demander de bailler ou de vocaliser la lettre A</u>** : améliore la visualisation des deux-tiers antérieurs de la **face dorsale de la langue et de la paroi pharyngée postérieure**. Permet de voir l'élévation du palais mou, la luette (uvula), les piliers, les amygdales et l'oropharynx. Permet de tester les **nerfs crâniens IX (glosso-pharyngien) et X (vague)**. - **<u>Écarter les commissures labiales</u>** et vérifier : état dentaire, langue, joue. Rechercher un foyer infectieux, une lésion muqueuse, un saignement, une absence de salive, une tumeur. Repérer l'orifice du canal de Sténon (pré)molaires sup) drainant la parotide - **<u>Demander de « toucher son palais avec la pointe de sa langue »</u>** pour mieux visualiser la face ventrale de la langue. Refouler la langue avec un abaisse-langue pour examiner le **plancher buccal et l'orifice du canal de Wharton** à la base du frein de la langue, drainant les glandes sous-maxillaires.
	Palpation	- En cas de plaques, vésicules (Sdd99), nodules, ulcération, la palpation doit préciser : **caractère infiltrant, douleur, hémorragie, volume de la masse.** **- La palpation des aires ganglionnaires cervicales est systématique en cas de suspicion d'abcès ou de tumeur.**
	Articulation temporo-mandibulaire	Le testing fonctionnel de la cavité buccale associe : - Ouverture et fermeture de la bouche (Sdd 150) : articulé dentaire, ouverture buccale (distance inter-incisive). - Examen de l'amplitude des mouvements de latéralité (diduction) et de propulsion. - Palpation des articulations temporo-mandibulaires : mobilité des condyles, **recherche de claquements, craquement, ou ressauts** faisant évoque un **syndrome dysfonctionnel de l'appareil manducateur (SDAM).**
DIAGNOSTIC DE « COUP D'ŒIL »	Lèvres	**- Mélasma (= chloasme ou chloasma)** (Sdd 84) : affection bénigne, taches hyperpigmentées sur les zones exposées au soleil (visage, décolleté). (Concerne surtout les femmes au cours de la grossesse : on parle de « masque de grossesse.) **- Mucocèles (= pseudokystes mucoïdes)** : extravasation salivaire sur rupture de canal excréteur d'une glande salivaire accessoire. **- Chéilite** : inflammation des lèvres. - Causes multiples (psoriasis…) Chez le sujet âgé, il faut penser à la carence en vitamine B12 et/ou en fer.

<table>
<tr><td rowspan="6"></td><td>Gencive et Langue</td><td colspan="2">- <u>L'hyperplasie gingivale</u> :
• Causes nombreuses : hématologiques (leucémie aiguë), carentielles (scorbut), médicamenteuses (inhibiteur calcique, ciclosporine), auto-immune (granulomatose avec polyangéite).
- <u>Langue géographique</u> : variation physiologique de l'exfoliation linguale.
- <u>Langue dépapillée</u> : rouge dépapillée, perte des papilles filiformes et fungiformes.
• Causes : anémie carencielle (Sdd 217) (ex : carence martiale, carence vitamine B12 : glossite de Hunter), hyposialies prolongées (médicament, Sd de Gougerot-Sjögren), candidose.
- <u>Langue villeuse</u> : noire, villeuse, due à un défaut de desquamation de kératine, avec épaississement des papilles filiformes associé à une couleur allant de jaune à noir. Non douloureux. Modification du goût possible.
• Causes : sécheresse buccale, antibiotiques, bain de bouche antiseptique, tabagisme.
- <u>Macroglossie</u> : Augmentation de volume de la langue, empreinte des dents sur les bords de langue (langue festonnée). Peut provoquer dysarthrie et obstruction des voies aériennes.
• Causes : endocrinienne (acromégalie, hypothyroïdie), amylose, angiocœdème (de survenue brutale) (Sdd 151).
- <u>Candidose (ou muguet)</u> : diagnostic souvent porté par excès. (à noter : Candida spp commensale de la bouche).
• Aiguë : pseudomembrane avec érythème cuisant.
• Chronique : érythème atrophique, lésions végétantes, perlèche.</td></tr>
<tr><td>Muqueuse buccale</td><td colspan="2">- <u>Lésions blanches</u> : étiologies nombreuses (ex : tic de mordillement).
- <u>Le lichen</u> : Maladie inflammatoire chronique, prédominance féminine. Lésions blanchâtres kératosiques non décollables.</td></tr>
<tr><td>Érosions et ulcérations</td><td colspan="2">- <u>L'érosion</u> : perte de substance superficielle à fond plat, bien limitée, ne laissant pas de cicatrice.
- <u>L'ulcération</u> : perte de substance plus profonde, à fond irrégulier. Causes : infectieuse, fongique ou bactérienne : syphilis et mycobactérie), tumorale (carcinome spinocellulaire). Une ulcération chronique doit toujours faire évoquer une néoplasie.
- <u>L'aphte</u> est une ulcération ronde ou ovalaire, unique ou multiple, douloureuse, avec fond jaunâtre et bords rouges non indurés. Évolue par poussées.
- Les ulcérations herpétiques (Sdd 93) ont un aspect de bouquets de vésicules.</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Cavité buccale : reflet d'une maladie générale</td><td>Troubles hémorragiques</td><td>Une thrombopénie < 50 000/mm^3 doit faire réaliser un examen de la cavité buccale pour évaluer le risque <u>hémorragique intracérébral</u> : il faut rechercher des bulles hémorragiques.</td></tr>
<tr><td>Atteintes neurologiques</td><td>- Atteinte du nerf trijumeau (V2 et V3) :
• Douleur névralgique (Sdd 144), pouvant être déclenchée par la parole, la mastication, le brossage des dents ou le contact avec une zone gâchette (pli nasogénien V2 ; menton V3)
• Hypoesthésie
• Déficit de contraction du masséter et de la diduction.
- Atteinte du nerf facial (VII) :
• Chute de commissure labiale, bouche attirée du côté sain, langue déviée du côté paralysé, pas de possibilité de siffler, dysarthrie, écoulement salivaire.
• La paralysie faciale périphérique atteinte de la même manière les parties inférieure et supérieure du visage. Elle associe ces signes avec le signe de Charles Bell : fermeture incomplète de l'œil découvrant la bascule du globe oculaire vers le haut.
- Atteinte du nerf glosso-pharyngien (IX) : abolition du réflexe nauséeux, anesthésie du pharynx – tonsilles – base de langue, dysphagie.
- Atteinte du nerf vague (X) : absence d'élévation du palais mou du côté paralysé, déviation du côté sain de la luette, voix nasonnée ou bitonale, dysphagie.
- Atteinte du nerf hypoglosse (XII) : atrophie hémilinguale, déviation du côté atteint en protraction.</td></tr>
</table>